Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité
(Direktor: Geheimrat Bonhoeffer)

Katamnesen über Angstpsychosen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Fritz Rawak

aus Gleiwitz

Tag der Promotion: 11. 6. 1930

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29.

322

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Friedrich

Referent: Prof. Dr. Bonhoeffer

Sonderabdruck aus der
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. LXXII (1929)
Herausgegeben von C. Bonhoeffer
Verlag von S. Karger, Berlin NW 6.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité [Direktor: Geheimrat *Bonhoeffer*].)

Katamnesen über Angstpsychosen.

Von
FRITZ RAWAK,

I. Einleitung.

Der Begriff der „Angstpsychose" als Krankheit sui generis ist fast gänzlich aus der Psychiatrie verschwunden. In Lehrbüchern findet sie sich zwar noch erwähnt — aber nur in historischem Sinn. In klinischen Vorstellungen wird sie nicht mehr gezeigt, überhaupt kaum noch diagnostiziert. Die letzte ausführliche Arbeit stammt von *E. Forster:* Monographie über die klinische Stellung der Angstpsychose (1910). Seither finden sich zumeist nur noch theoretische Äußerungen über diese Frage, einmal beim Präsenium, Klimakterium oder beim manisch-depressiven Irresein untergebracht. Klinisches Material ist kaum zu finden. In der Psychiatrischen Klinik der Charité wurden unter der Diagnose „Angstpsychose" solche Psychosen geführt, bei denen die Angst das Symptomenbild beherrscht, und die sich nicht von vornherein als dem manisch-depressiven oder schizophrenen Formenkreis zugehörig erweisen. Es sollte damit keine gesicherte Krankheitsdiagnose gestellt, sondern zunächst nur das Material für spätere Verlaufsstudien an derartigen Fällen gesammelt werden. Im Folgenden sind die Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an den in den Jahren 1913 bis 1926 mit der Diagnose „Angstpsychose" versehenen Patienten zusammengestellt.

Die Schwierigkeiten einer katamnestischen Untersuchung hat *Dreyfus* (Die Melancholie) ausführlich dargestellt; sie lagen hier in besonderem Maße vor, da über zwei Drittel der Patienten bereits verstorben sind und auch bei den übrigen nur in wenigen Fällen eine persönliche Nachuntersuchung möglich war. Da es mir aber nicht auf eine statistische Untersuchung ankam, sondern auf eine methodische Klärung der Frage: „Gibt es eine Angstpsychose?", glaubte ich trotzdem, mit Recht den Titel bestehen lassen zu können.

II. Literaturübersicht.

In der Arbeit *Forsters* (1), die *Wernicke* gewidmet ist, findet sich eine Zusammenstellung der gesamten einschlägigen bis zum Jahre 1910 erschienenen Literatur. Um nicht eine Wiederholung zu bieten, verweise ich auf diese Literaturübersicht und begnüge mich damit, das Wesentlichste anzuführen, was seit der Aufstellung des Krankheitsbildes der „Angstpsychose" durch *Wernicke* im Jahre 1894 in der Literatur zu finden ist. *Wernicke* (2) selbst schreibt: „Das klinische Bedürfnis erfordert die Aufstellung dieser Krankheitsgruppe, da es unzweifelhaft zahlreiche Krankheitsfälle gibt, in denen das Symptom der Angst die dominierende und zur Erklärung aller übrigen Symptome ausreichende Krankheitserscheinung ist. Die begleitenden Wahnideen treten bald als einfache Vorstellung, bald in Form von akustischen Halluzinationen auf. Ihr Inhalt ist ein gesetzmäßiger und bezieht sich bald auf die Bedrohung des Lebens in den verschiedensten, oft phantastischsten Ausführungen, bald auf den Ehrbegriff, wozu auch die halluzinierten Schimpfworte gehören, bald tragen sie das Gepräge des Krankheitswahnes oder der Selbstanklage oder endlich der hoffnungslosen Auffassung der Zukunft. Man kann sie sämtlich als Angstvorstellungen bezeichnen und beobachtet häufig unzweideutig ihre Abhängigkeit von der, sei es nur in Anfällen auftretenden, sei es in Anfällen sich steigernden Angst. Wo schwere hypochondrische Vorstellungen auftauchen, kann man die besondere Form der hypochondrischen Angstpsychose statuieren." In seinem Grundriß der Psychiatrie betont *Wernicke* (3) wiederum, daß das Grundsymptom der Angstpsychose die Angst sei, die am häufigsten in der Brust, besonders im Herzen und im Epigastrium, nächsthäufig im Kopf, dann weiter im ganzen Körper lokalisiert werde und regelmäßig einen fluktuierenden, zu Anfang oder im Nachlaß der Krankheit auch intermittierenden Charakter habe. Von ätiologischen Momenten scheine der Alkoholismus, die Epilepsie, das Klimakterium und die Seneszenz eine nähere Beziehung zur Angstpsychose zu haben. Die Psychose könne zwischen einer Woche und mehreren Monaten dauern. Das motorische Verhalten der Kranken sei im allgemeinen rein psychologisch durch den Affekt oder durch den Inhalt der Angstvorstellungen und Halluzinationen bestimmt. *Forster* schreibt dann auf Seite 6: „Nachdem längere Zeit außer gelegentlichen Notierungen über Fälle

von Angstpsychosen in der Literatur die *Wernicke*sche Angstpsychose nicht gewürdigt worden war, finden wir sie in neuester Zeit als Mittelpunkt von Streitfragen." Und beginnt damit eine Besprechung eines Aufsatzes von *Specht*. Der historischen Genauigkeit wegen möchte ich jedoch vorher die bei *Forster* nicht angeführte Arbeit von *Gaupp* (4) erwähnen. *Gaupp* hat bei der Nachuntersuchung der Depressionszustände der Heidelberger Klinik einige Gruppen aufgestellt, die in ihrer symptomatischen Gestaltung viel Ähnlichkeit mit den Angstpsychosen haben, wenn auch das einzelne beobachtete Krankheitsbild mannigfaltige Abweichungen zeigt. Es sind das die in den Gruppen 7—10 als Melancholie, senile Depressionen, arteriosklerotische Depressionen, akute Angstpsychosen geschilderten Fälle. Bei dem letzten Bild kommt es zu starkem Kräfteverfall und nicht selten zum Tode an Erschöpfung. Jedoch kann dies akute Stadium auch überwunden werden. In der Regel beginnen diese Fälle mit leichter einleitender — meist hypochondrischer — Depression. Die Auseinandersetzung über die „Angstpsychose" kreiste in den Jahren 1905—1908 um die Frage, ob dieses Zustandsbild dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen sei oder nicht. *Kölpin* (5) sah den Symptomenkomplex der Angstpsychose als typisch für die Depressionszustände des Rückbildungsalters an. Demgegenüber hält sie *Specht* (6) für eine Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins. Als Beweis für diese Ansicht sieht er die bei allen diesen Psychoseformen nachweisbaren manisch-depressiven Züge an. *Specht* (7) meint dann in einem weiteren Artikel, daß Rededrang, Unlust, motorische Unruhe keineswegs ohne weiteres auf das Konto einer bestehenden Angst zu setzen seien. Angst und Erregung seien der Hauptsache nach nicht hintereinander, sondern nebeneinander zu stellen. Gleichfalls schreibt *Thalbitzer* (8), daß es kein Krankheitsbild der Melancholie gebe, das nicht in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins passen würde. Zu demselben Ergebnis kam *Dreyfus* (9) bei seinen Nachuntersuchungen der Melancholie. Bei der Würdigung der *Dreyfus*schen Arbeit meint *Kraepelin* (10): „Es läßt sich nicht bestreiten, daß diese Deutung für einen großen Teil der ‚Melancholien' zutreffend ist ... Ferner aber glaube ich, eine Form depressiver Erkrankungen, die ich früher der Melancholie zugerechnet und in ihrem Rahmen kurz erwähnt habe, auch heute noch von dem manisch-depressiven Irresein abtrennen zu sollen,

obgleich ihre Deutung wie ihre Umgrenzung in einigermaßen befriedigender Weise vorderhand nicht möglich ist. Es sind das gewisse, äußerst heftige und vielfach rasch zum Tode führende ängstliche Erregungszustände." In dieser ganzen Phase sehen wir den Versuch, aus exakter Symptombeobachtung und Symptomgliederung die Zustandsbilder zu ordnen. Bei dem damals sehr weitgesteckten Umfang des manisch-depressiven Formenkreises und bei den geringen in die Erscheinung tretenden Zeichen organischer Hirnschädigung war es kein Wunder, daß auch die „Angstpsychose" dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet wurde. Um nun auf die Ergebnisse *Forsters* zu kommen, so lehnt er die Angstpsychose als Krankheitsbild sui generis ab, glaubt aber auch nicht, daß sie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins sei. Dies begründet er damit, daß die Aufstellung „typischer manisch-depressiver Symptome" durch *Dreyfus* jeder Prägnanz entbehre. Jenes damit: „daß es keine einheitliche Angst gibt, sondern daß immer nur von Angstvorstellungen der verschiedensten Art die Rede sein kann". Die „Angstpsychose" sieht er demnach nur als Phase im Verlauf einer anderen Psychose an. Diese Schlußfolgerungen ergeben sich aus den sehr verschiedenartigen Krankengeschichten, die *Forster* zitiert. Bei allen diesen Patienten wurde die Diagnose auf Angstpsychose per exclusionem gestellt. Es würde zu weit führen, jeden Fall einzeln zu zergliedern, inwiefern mit Recht die Diagnose „Angstpsychose" im hier geschilderten Sinne gestellt wurde. Die *Forster*sche Auffassung der Angstpsychose führte in der weiteren Entwicklung dazu, daß jedes Zustandsbild einer Psychose, die mit Angst einherging, als Angstpsychose bezeichnet wurde. So schreibt *Binswanger* (19) von Angstpsychosen infolge shockartiger Gemütsbewegungen. Andere Autoren bringen unter dem Titel „Angstpsychose" Kreislaufpsychosen. In neuester Zeit berichtet *Pfeifer* (20) von Angstpsychosen bei Hirntumoren. Hier wird unter gleichem Namen schließlich das Verschiedenste zusammengestellt. Deswegen habe ich mich bei der Bearbeitung dieses Themas nur auf die Krankengeschichten, die in der Psychiatrischen Klinik der Charité mit der entsprechenden Diagnose versehen wurden, gestützt. Nach der Monographie *Forsters* flaute das Interesse für diese Streitfrage ab. Und wir finden bei der Behandlung der einschlägigen Psychosen immer wieder *Forsters* Ansicht mit geringen Divergenzen als zutreffend erwähnt. So spricht *Lange* (11) beim Angstsyndrom

unter Zitierung *Forsters* davon, daß dieses Syndrom nahezu bei allen Erkrankungen vorkommt, besonders bei manisch-depressivem Irresein und in der Dementia praecox, doch auch in der Paralyse, im Greisenalter und häufig im Präsenium. Aber immer wieder stieß man auf gewisse Eigentümlichkeiten — Fehlen der hereditären Belastung, schleichender Beginn, lange Dauer, Häufigkeit der Einmaligkeit —, so daß schließlich die Autoren die Angstpsychose als eine Varietät des manisch-depressiven Irreseins ansahen. *Bumke* (12) meint bei Besprechung der Involutionsmelancholie, daß es recht viele Fälle gibt, die eine Sonderstellung beanspruchen können, auch wenn sie symptomatologisch sich nicht von den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins unterscheiden. Zu den Faktoren, durch die die besondere Färbung dieser Psychosen bedingt wird, rechnet er u. a. auch das Vorwiegen ängstlicher Erregungen, die sich bis zur deliriösen Verwirrtheit steigern können („Angstpsychose") ... Ebenso rechnen auch die Franzosen die Angstpsychose zu der Mélancholie vraie, die sie von der Asthénie périodique trennen. *Benon* (13) schreibt in seiner Monographie über die Melancholie: „La forme anxieuse a une marche lente et dure des mois, des années; elle peut parfaitement guérir malgré sa gravité." Einen neuen Anstoß bekam die Frage aber erst durch *Seelert* (14). *Seelert*, der von der Arbeit *Bonhoeffers* (15) über die exogenen Reaktionstypen ausging, untersuchte die Bedeutung der exogenen Schädigungen für die Symptomgruppierung der chronischen Psychosen. Bezüglich der Angstpsychose kommt er dabei (S. 24) zu folgendem Ergebnis: „Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, daß bei der arteriosklerotischen Angstpsychose in gleicher Weise wie bei der Melancholie enge Beziehungen zwischen dem exogenen Krankheitsfaktor der organischen Gehirnschädigung und dem endogenen spezifischer Veranlagung bestehen." Und weiter auf S. 26: „Die Anschauung, daß die Melancholie und die manisch-depressiven Psychosen nosologisch nicht auf gleicher Stufe stehen, scheint mir auch heute noch eine Berechtigung zu haben; wenn ich die Melancholie und die Angstpsychose auch nicht für nosologisch umschlossene Krankheitssonderformen halte, so sehe ich in ihnen doch durch Verschiedenheit der Pathogenese bedingte eigene Krankheitstypen, die zur manisch-depressiven Krankheit zwar in enger Beziehung stehen, aber nicht wesensgleich mit ihr sind." Der Auffassung von der das Zustandsbild gestaltenden Wirk-

samkeit der chronischen Schädigungen pflichtet auch *Krisch* (16) bei, der einen Angstzustand mit Beziehungswahn schildert und in der Zusammenfassung dazu bemerkt: „Möglicherweise ist hier gerade der Umstand, daß eine chronische Schädigung bestand, von Bedeutung für das psychische Bild gewesen." *Rehm* (17) weist den Angstpsychosen ebenfalls eine Sonderstellung zu: „Es fehlt diesen Fällen die gleichartige Belastung und die spezifische Konstitution. Der Psychose sind keine Krankheitsphasen vorangegangen. Der Beginn ist ein schleichender." Diese Erklärung der „Angstpsychose" und ihre Sonderstellung als Krankheitstyp wird von *Birnbaum* (18) angegriffen. Er schreibt auf S. 41: „Gegen die klinische Selbständigkeit von Krankheitsbildern, die lediglich pathoplastisch abzuleiten sind, müssen entschiedene Zweifel erhoben werden, mögen sie auch in Symptomen und Verlauf noch so eigenartig erscheinen. Sie können dann bestenfalls nur den Rang von Varietäten, von Krankheitsspielarten in Anspruch nehmen. Sind die Verhältnisse bezüglich der Pathogenese überhaupt noch unentschieden, so ist auch die klinische Sonderstellung der Krankheitsform noch ungesichert. Dies gilt beispielsweise für die allerdings in letzter Zeit kaum noch diskutierte Angstpsychose als selbständigen Krankheitstyp, deren charakteristisches Angstsyndrom sogar bei ihren arteriosklerotischen Spielformen durchaus nicht stets rein pathogenetisch auf die Hirnschädigungen, sondern ebensogut pathoplastisch auf somatische Elemente zurückzuführen ist." Diese Auffassung mag ihre theoretische Berechtigung haben, noch wissen wir aber zu wenig über die pathogenetischen Faktoren, als daß wir nach diesen eine Klassifikation der Psychosen vornehmen können. Weitere Gesichtspunkte habe ich zur Frage der Angstpsychose in der Literatur nicht gefunden. Demnach scheint mir die Fragestellung für die Angstpsychose so zu liegen:

Ist die Angstpsychose eine rein symptomatologisch gekennzeichnete Phase einer anderen Psychose (*Wernicke* 1894, *Forster* 1908), gehört sie trotz geringer Verschiedenheit dem manisch-depressiven Irresein an (*Specht* 1905, *Birnbaum* 1923) oder ist sie eine nosologische Einheit? Hierbei wäre dann als Unterfrage zu entscheiden, ob es sich um die pathogenetischen Faktoren der endogenen Veranlagung plus der Arteriosklerose handelt (*Seelert* 1919) oder ob es eine Durchflechtung mehrerer — besser gesagt vieler — Faktoren ist, deren pathogenetische bzw. pathoplastische Bewertung noch unserer Kenntnis entzogen ist.

Um diesen Fragen näherzukommen, will ich nun das Statistische und die Krankengeschichten meines Materials anführen.

III. Statistisches.

Die Diagnose der Angstpsychose wurde gestellt:

Im Jahre:	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
bei männl. Pat.	4	2	—	5	1	3	2	2	4	3	3	—	1	—
„ weibl. „	4	—	—	3	—	1	4	2	7	3	2	2	3	3

Insgesamt bei 30 männl. Pat., 34 weibl. Pat.

Katamnestisch waren erreichbar:

männl. Pat.	weibl. Pat.
29	21

Es boten ein symptomatisches Bild

im Sinne *Wernickes* . . . . 16 männl., 11 weibl. Pat.,
mit hypochondrisch-paranoischen Ideen 9 „ 8 „ „
mit manisch-depressiven Symptomen 4 „ 2 „ „

Vorstadium:

wenige Tage . . . 3 (♂) 1 (♀),
mehrere Wochen . . 2 (♂) 7 (♀),
mehrere Monate . . 14 (♂) 8 (♀),
mehrere Jahre . . . 10 (♂) 5 (♀).

Dauer:

wenige Tage bis zwei Wochen 7 (♂) 5 (♀),
mehrere Wochen . . . . . 4 (♂) 4 (♀),
mehrere Monate . . . . . 13 (♂) 10 (♀),
mehrere Jahre . . . . . 4 (♂) 2, 3, $3^1/_2$, 6 Jahre,
2 (♀) 2, 2 Jahre,
unbestimmbar . . . . . 1 (♂).

Es leben:

9 männl. Pat.,
6 weibl. Pat.

Von den 9 männlichen Patienten gehören 4 in die Gruppe der Manisch-Depressiven, 3 gehören zur Gruppe 1; bemerkenswert ist bei diesen die Gewichts*zunahme* während der Psychose. 1 Fall befindet sich noch in der Psychose (Dauer über 6 Jahre). 1 Fall gehört in die Gruppe der unklaren Fälle (die Krankengeschichte siehe weiter hinten).

Von den 6 weiblichen Patienten gehören 2 zur Gruppe der Manisch-Depressiven, wobei der eine Fall noch durch Alkohol-

abusus und Arteriosklerose kompliziert ist. 1 Fall, zur Gruppe 1 gehörig, ist geheilt. Die übrigen 3 Fälle zeigen noch Restzustände (hypochondrische und paranoische Ideen).

Gestorben sind:
im Verlauf der Psychose . . . 17 (♂) 9 (♀),
im ersten Jahre nach Entlassung — (♂) 2 (♀),
mehrere Jahre später . . . . 3 (♂) 4 (♀).

Todesursachen:
Pneumonie, Inanition . . 9 (♂) 3 (♀),
Arteriosklerose . . . . 2 (♂) 3 (♀),
Suizid . . . . . 2 (♂) 1 (♀),
andere Krankheiten . . 7 (♂) 8 (♀).

Pathologischer Gehirnbefund bei 10 männl. Pat., 4 weibl. Pat.
Bei der Sektion nachgewiesene Arteriosklerose:
peripher . . . . . 7 männl. Pat., 3 weibl. Pat.,
zerebral . . . . . 2 „ „ 1 „ „
Nicht seziert wurden . . . 7 „ „ 8 „ „

Heredität:
Belastung von seiten der Eltern
im Sinne des man.-depr. Irreseins — (♂) 1 (♀),
andersartig (nicht sicher, welcher Art) 6 (♂) 4 (♀).
Belastung (Geisteskrankheiten bei Verwandten) . . . . . 3 (♂) 1 (♀),
Früher schon eine Psychose unklarer Natur gehabt . . . . . 2 (♂) 4 (♀).
Psycholabile Veranlagung bei der prämorbiden Persönlichkeit . . . 16 (♂) 12 (♀).
Konstitution
mittelgroß, kräftig — groß . . . 14 (♂) 12 (♀),
senil . . . . . 2 (♂) 1 (♀),
reduzierter Ernährungszustand . . 3 (♂) 2 (♀),
klein . . . . . 1 (♂) 2 (♀).

Exogene Schädigungen.

Arteriosklerose (klinisch nachweisbar aus pathologischem Organbefund oder subjektiven Beschwerden, Herzklopfen, Schmerzen, Beklemmungen usw. Näheres siehe im Text) . . . . . 11 (♂) 7 (♀),

Symptome zerebraler Arteriosklerose (Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Hemiplegien usw.) . . . . . 9 (♂) 6 (♀).
Alkohol . . . . . 4 (♂) 1 (♀).
Varii . . . . . 1 (♀) (perniziöse Anämie).

Alter:	40—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66 u. darüber
männl. Pat.	3	6	3	13	2	2
weibl. Pat.	2	7	3	4	4	1

Gewichtskurve:
Abnahme . . . . . 10 (♂) 3 (♀),
keine wesentliche Änderung 1 (♀),
Zunahme . . . . . 3 (♂) 2 (♀),
bei den übrigen keine Angaben (zu kurze Beobachtungszeit).

IV. Krankengeschichten.

Die oben statistisch zusammengestellten Fälle lassen sich in folgende drei Gruppen ordnen: Gruppe 1 — umfassend 21 Fälle — ist gekennzeichnet durch das von *Wernicke* geschilderte und im vorhergehenden auf S. 197 ff. zitierte symptomatische Zustandsbild. Wesentlich für die Zuordnung zu dieser Gruppe ist aber außer dem psychischen Zustandsbild der anamnestische Nachweis der psycholabilen Persönlichkeit sowie die Symptome organischer Hirnschädigung — sei es im Sinne der regressiven oder arteriosklerotischen Veränderungen. Dem akuten Bild der Psychose mit starker Angstentwicklung und starken Suizidtendenzen geht meist eine Charakterveränderung — die Pat. werden mißtrauisch, reizbar, schwächer, leistungsunfähig — voraus. Die Dauer ist verschieden lang; der Verlauf ist häufig ein letaler infolge Erschöpfung und Inanition. Beispiel für diese Gruppe ist die Krankengeschichte des Falles 13. Die 16 Fälle der Gruppe 1 a sind dadurch von vorstehenden unterschieden, daß bei ihnen während des akuten Zustandsbildes zeitweise hypochondrisch-paranoische Ideen in den Vordergrund treten. Als Beispiele dienen die Krankengeschichten der Fälle 26 und 111. In der 2. Gruppe sind die Fälle zusammengefaßt, die sowohl symptomatisch wie auch durch den Verlauf in näherer Beziehung zu den Depressionen des manisch-depressiven Irreseins stehen. Beispiel die Krankengeschichte des Falles 29. Gruppe 3 — sieben Fälle — enthält die Fälle, die zwar symptomatisch

der *Wernicke*schen Angstpsychose entsprechen, in bezug auf ihre systematische Einordnung aber als unklar bezeichnet werden müssen. Als Beleg die Krankengeschichte von Fall 22.

Gruppe 1.

Hermann Sch., Fabrikant, geb. 30. XII. 1841 (Fall 13), aufgenommen 18. VIII. 1918. Pat. wird von der Tochter zur Klinik gebracht.

Angaben der Tochter: Seit Anfang November 1917 lebt Ref. mit Pat. zusammen. Ihr fiel schon in den letzten Monaten des Zusammenlebens auf, daß Pat. äußerst leicht reizbar war, „ich mußte ihm alles zu Willen tun". Er war sehr eigensinnig und nörgelig, gab keinen Irrtum zu. Daß er mißtrauisch war, ist Ref. besonders aufgefallen, ließ durch Ref. keine Besorgungen machen, übergab ihr keinen Schlüssel, brachte Briefe immer selbst zur Post, stand dabei, wenn das Dienstmädchen Sachen reinigte. Äußerte öfter, ihm fehle Geld. Die Reizbarkeit und das Mißtrauen haben sich in der letzten Zeit gesteigert. Äußerte, Ref. wolle ihn vergiften, aß vorgesetzte Speisen nicht. Die Tochter habe ihn bestohlen, sei in Verbindung mit anderen Angehörigen, sie wollten ihn ausplündern. Er schlief nachts in Kleidern, versteckte die Schlüssel, weil er fürchtete, sie könnten ihm im Schlaf genommen werden. Er äußerte auch, daß es schlecht rieche, öffnete nachts die Wohnungstüre, sagte, die Tochter sei tot, tastete an ihr herum, sobald sie die Augen schloß. Er begann dann zu jammern: „Jetzt ist es da, das Unglück." „Sie werden kommen und mich einstecken." „Man wird mich anschuldigen, die Tochter getötet zu haben." In den letzten Wochen traten öfters ängstliche Erregungszustände ein. Pat. begann am ganzen Körper zu zittern, bat die Tochter flehentlich, doch bei ihm zu bleiben. Er fühle, sie werde sterben, ihn allein lassen. Er lief dabei unruhig im Zimmer hin und her, drängte hinaus.

Anfang August ein Anfall, bei dem Pat. heftig zitterte und laut schrie; die Sprache war ungefähr 24 Stunden lang unverständlich. Er sprach langsam, mühsam, wie beim Schlaganfall. Sprachstörung hörte nach einem Tage auf.

Pat. versuchte einmal, sich einzuschließen; als er daran gehindert wurde, schlug er den Kopf gegen die Türkante, verletzte sich nicht dabei, klagte aber hinterher über starke Kopfschmerzen.

Er versuchte einige Male, sich aus dem Fenster zu stürzen, lief die Treppe herunter, zum Fenster hin. Gab es auf, als die Tochter ihn bat, doch davon abzulassen.

Seit dem 3. VIII. nimmt er unregelmäßig Nahrung zu sich.

In den letzten Monaten recht vergeßlich, erledigte aber bis in die letzten Wochen Geldangelegenheiten.

Seit $^1/_4$ Jahr öfters eingenäßt. Vor drei Jahren lag Pat. einige Wochen zu Bett, „war ganz apathisch-gleichgültig", kleidete sich nicht spontan an, jammerte viel.

Über die vorpsychotische Konstitution gibt die Tochter an, Pat. sei „immer" ein Mensch gewesen, der leicht in „Ärger" kam. „Mißtrauisch war er immer", gab nie den Angehörigen seine Schlüssel aus der Hand. Ließ sich schwer und ungern von seiner Meinung abbringen, war Zuspruch schwer zugänglich. Glaubte stets, er könne alles am besten machen.

— Die Ehe war von Anfang an nicht gut, nach 30 Jahren geschieden. Ernst veranlagter Mensch „ohne jeden Humor".

Nichte des Pat. ist schwachsinnig.

19. VIII. Pat. hat nachts geschlafen. Hat etwas Nahrung zu sich genommen.

Auf Fragen gibt er an, es sei richtig, daß er viel Angstgefühl habe. „Habe viel Ärger und Sorgen gehabt." Zuletzt sei ihm alles über den Kopf gewachsen, weil er schon zu alt sei. Er sei immer ganz dumm im Kopf gewesen. Habe öfters Schwindelgefühl gehabt, so daß er beinahe hingefallen sei. Sei sehr vergeßlich geworden. Bei Exploration beginnt Pat. zu weinen, gibt mit Tränen in den Augen Antwort. Zu Hause habe er nicht mehr gegessen, weil er keinen Appetit gehabt habe. — Mäßig genau orientiert.

Status praesens: Kleiner schwächlicher Mann in reduziertem Ernährungszustand. Welke, atrophische Haut. Kor. o. B. Pulmo: Emphysem. Puls o. B., keine wesentliche Arteriosklerose. Pupillen: eng, r. = l., reagieren wenig auf L., auf K. etwas besser. Bei Konv. bleibt der r. Bulbus zurück, Hintergrund o. B. Reflex: normal. Urin: Alb., Sacch. neg.

7. IX. Blasenentleerung machte in letzter Zeit Schwierigkeiten. 10. IX. Pat. verhielt sich bis vor einigen Tagen ruhig, brachte keine Klagen vor, nahm regelmäßig Nahrung zu sich, schlief ausreichend. — — Seit zwei bis drei Tagen wieder zunehmende Ängstlichkeit. Heute stöhnte und jammerte er, es gehe ihm sehr schlecht, die Blase werde verwachsen. 18. IX. Pat. hat in der letzten Woche nur wenig Nahrung zu sich genommen. Auf Zureden jammert er: „Herr Doktor, quälen Sie mich doch nicht, ich kann ja doch nicht essen. Wenn ich doch bald sterben könnte." Ein andermal dagegen: „Sie bringen mich ja um, Sie wollen mich zu Tode quälen." Öfter wiederholt er: „Ich kann das ja nicht bezahlen." „Ich bin ja so arm." 20. IX. Pat. hat in der letzten Woche 5 kg abgenommen. Exitus letalis.

Sektionsbericht: Schwere Arteriosklerose der Gehirnarterien. Zahlreiche Erweichungsherde in den großen Ganglien. Erweiterung der perivaskulären Lymphscheiden (état criblé). Leichte Atrophie des Gehirns. Chron. fibr. Leptomeningitis mit starkem Piaödem. Ependymitis granulosa. Verdickung der Dura und Verwachsung am Schädeldach.

Koronarsklerose mit vereinzelten Herzschwielen. Sklerose der Herzklappen. Fettdurchwachsung des rechten Ventrikels.

Bronchopneunomie.

Braune Atrophie der Milz und Leber.

Prostata-Hypertrophie, hämorrhagische Urozystitis und Pyelitis.

Gruppe 1a.

Ludwig R., Geschäftsführer, geb. 6. III. 1863 (Fall 26), aufgenommen 2. XI. 1922. Vater an Altersschwäche †, sei auch sehr eifersüchtig gewesen. — Eine Nichte ist idiotisch.

Angaben der Ehefrau und eines Geschäftsfreundes: Seit zwei Jahren ist der Pat. reizbar geworden, geriet bei jeder Kleinigkeit in Aufregung, schimpfte viel. Konnte keinen Widerspruch vertragen. Kam im Beruf häufig in Wortwechsel mit Untergebenen. Früher schon sehr argwöhnisch und mißtrauisch und in seiner 24jährigen Ehe von jeher grundlos eifersüchtig. Glaubte sich schon länger beobachtet; als er während der Kriegs-

zeit einmal ein markenfreies Brot kaufte, glaubte er, alle Leute auf der Straße würden es ihm ansehen. Seit 14 Tagen Verschlechterung, saß immer herum, weinte, telephonierte seinen Freund an und bat ihn, ihn nicht zu verlassen. Erzählte dann dem Freunde, im Hofe ständen lauter Fässer mit Klötzen darauf. 100 Mechaniker seien im Hofe, dieselben wollten Elektrizität speichern und ihn photographieren. Saß Tag und Nacht über den Büchern, rechnete, lief dann wieder herum, meinte, er könne mit der Arbeit nicht fertig werden.

Früher immer ein ruhiger, stiller, im ganzen gutmütiger Mensch gewesen, ging wenig aus, war sehr gewissenhaft in der Arbeit. Sehr empfindlich, konnte keinen Scherz vertragen, wurde leicht gereizt.

1889 Nierenentzündung.

1914 wegen Unterernährung im Sanatorium.

Angaben des Pat.: Er sei krank, fühle sich so elend, mutlos und verzweifelt. Er habe seit 1918 keinen Urlaub mehr gehabt, habe sich überarbeitet. Sorgen fürs Geschäft um das Geld. Für die krankhaften Beziehungsideen besteht keine Krankheitseinsicht: „es könnte doch sein". Er habe häufig Angstzustände vor etwas Unbestimmtem, besonders nachts, fange an zu schwitzen, habe Schmerzen in der Herzgegend. Das müsse mit dem Gehirn irgendwie zusammenhängen. Hier habe er auch oft Angst, sei auch noch so mutlos und verzweifelt, Wahnideen habe er nicht.

Status praesens: Pat. gibt zögernd Auskunft und ist gedrückter Stimmung. Fragt den Arzt gleich, ob er nicht lesen dürfe, was Ref. schreibt. 59jähriger Mann, kräftig gebaut. Ernährungszustand reduziert. Haut und sichtbare Schleimhäute blaß Pulmo, Pupillen, Reflexe o. B. Blutdruck 120/95. Bei der Untersuchung ist Pat. ziemlich ängstlich.

1922. 6. XI. Immer ruhig, spricht spontan wenig. 8. XI. Erzählt, daß die Nachtpflegerin gesagt habe, er werde verhaftet und in eine andere Anstalt verlegt. 15. XI. Macht sich Gedanken, weil seine Frau bei der letzten Besuchsstunde nicht da war. 4. XII. Pat. macht sich stets ängstliche Gedanken über Kleinigkeiten. 9. XII. Pat. erkundigt sich dauernd nach dem Tag der Entlassung. Ob nichts gegen ihn vorliege, ob von seiten des Gerichts gegen ihn etwas unternommen würde, er habe sich doch nichts zuschulden kommen lassen.

1923. 4. I. Sein ganzes Leben sei ja verfehlt. Die Feinde säßen aber in ihm selbst, es stecke niemand dahinter, seine Familie meine es gut mit ihm. — Auf sein Bett seien in der Nacht Leute mit Messern zugekommen, haben ihn gestochen, es schmerze noch; man spreche über ihn viel, er höre allerlei. Aufforderungen zu bestimmten Angaben folgt er nicht. 24. I. Keine Halluzinationen mehr, aber immer noch ängstlich verstimmt. 10. II. Zunehmende Beziehungsideen und Wahnbildungen. Die ängstliche Grundstimmung hält unverändert an. Er ruft Ref. zu sich: er wisse ganz bestimmt, daß seinem Sohn etwas passieren würde. 21. II. Er werde verhungern, ekele sich vor dem Essen, das sehe aus, als ob . . . . . an ihm klebe. Er werde heute abend ganz sicher getötet werden, die Verschwörung sei schon im Gange. Seine Tochter sei in die Frauenabteilung aufgenommen, sein Sohn bereits getötet. Alles wird mit monotoner, leiser Stimme, ohne adäquaten Affekt und besondere Ängstlichkeit vorgebracht. 2. III. Seit einigen Tagen sind die Beziehungs-

ideen zurückgetreten. 12. IV. Seit acht Tagen liegt Pat. ruhig, wie teilnahmslos im Bett. Bei Befragen ergibt sich aber das Vorhandensein von Beziehungsideen. 8. V. Pat. ist außer Bett. Er erzählt, er habe Verbindung mit dem lieben Gott. Er hätte sich ihm in Visionen gezeigt. Ein Tempel hätte vor ihm geschwebt. 9. V. Fragt, ob er heute noch wegkommt. Sagt wiederholt spontan: „Ich habe solche Angst." 8. X. Pat. erzählt spontan, er habe am 6. X. Silberhochzeit gehabt.

1924. 11. I. Pat. ist mißtrauisch. Als ihm gesagt wird, was er sage, wäre alles Unsinn, meint er, er müsse so denken, seine Gedanken sagen ihm das alles. 25. II. Unverändert. 20. V. In den vergangenen Monaten war der Pat. äußerlich stets ruhig und geordnet. Nach seiner Stimmung gefragt, erklärt er, daß er sich in der furchtbarsten Angst befinde, daß ihm etwas passieren solle. Affekt inadäquat. Darauf hingewiesen, erklärt er, das geschähe alles nur aus Verzweiflung. „Denken Sie nur, mit sieben Billionen Grad soll ich verbrannt werden." Massenhafte Wahnideen: wenn man ihm den Kopf abschlüge, wüchse er wieder an; auch wenn er verbrannt würde, müsse er weiterleben. Die Menschen auf der Abteilung äßen nichts. Die Hühner im Garten fräßen auch nichts, schnupften höchstens mal 'ne Fliege. Seit zehn Jahren gehe die Welt unter. 21. V. Schon mit drei Jahren hätte ihn ein Mädchen verführt, außer der Sexualität habe er keine Sünde begangen. Damals hätte sich ein Mädchen mit ihm eingeschlossen und er hätte ihm unter die Röcke fassen müssen, er konnte dagegen nichts machen. Die Mädchen hätten sich ihm immer genähert, später auch Jungens. Überall hätten sie ihn verführen wollen. Seine Kinder habe er vor allem behütet. In Gesellschaft mit anderen sei nur von sexuellen Dingen gesprochen worden.

Katamnese: Pat. wurde nach der Heilanstalt Buch verlegt.

Auszug aus der dortigen Krankengeschichte:

1924. 3. XI. Stumpf und gleichgültig.

1925. 3. I. Klagt über Geräusche, meint, daß das von Planetenbewegungen herkäme. V. Stumpfer geworden, unsauber. VI. Sehr unruhig und ängstlich. VIII. Etwas freier. 1. XII. Äußert unverändert dieselben Wahnvorstellungen: „Die Welt wird untergehen, mein Körper ist wie eine Mücke."

1926. 28. I. Liegt ständig im Bett. 28. II. Ist öfter aufgestanden, immer die gleichen Wahnvorstellungen. Ängstlich — ratlos.

1928. 2. IV. Gänzlich unverändert. Spricht ab und zu mit anderen Kranken, hält sich aber viel für sich, leicht depressiv, nur auf direktes Befragen seine Beeinträchtigungsideen äußernd. 12. VII. Immer leicht verstimmt, sonst unauffällig. Körperlich und neurologisch o. B. 20. VII. Unverändert.

Gewichtskurve:	Nov. 1922	Nov. 1923	Mai 1924	Jan. 1927	Jan. 1928
	50	38	42	44	48 kg.

Anna Gr., Arbeiterswitwe, geb. 1. VII. 1863 (Fall III), aufgenommen 27. VIII. 1913. 1910 Schlaganfall: Lähmung der rechten Seite; seither Schwindelanfälle. Vor $1^1/_2$ Jahren fiel den Angehörigen das veränderte Wesen der Pat. auf. Sie erzählte plötzlich, die Leute redeten über sie und gebrauchten allerlei Schimpfworte. Meist seien es Nachbarn. Auf der Straße sei es der Pat. weniger aufgefallen. Wenn die Leute sie nicht

zufrieden ließen, würde sie sich das Leben nehmen. Pat. verdiente sich durch Nähen Geld; hatte stets viel arbeiten müssen, da ihr Mann früh durch einen Unfall (Hufschlag) das Leben verlor. — Pat. verlangte von den Angehörigen, sie sollten mit ihr kommen und bei den Leuten Abbitte tun, damit die mit Schimpfen aufhörten. Wollte mit den Angehörigen auf das Kriminalgericht gehen. „Die werden uns bald köpfen." „Jetzt ist es aus, jetzt werden wir alle umkommen." Pat. hat in der letzten Zeit viel geweint; nachts sei sie sehr unruhig, schlafe schlecht, stehe sehr früh auf. In der letzten Zeit nicht mehr gearbeitet. Pat. äußert selbst sehr wenig, es muß alles aus ihr herausgeholt werden.

Pat. ist bei der Aufnahme ruhig, leidlich orientiert. In der Schule gut gelernt. Dann in Stellung, nur auf einer Dienststelle gewesen. Mit 21 Jahren Heirat. Elf Partus, drei leben, acht klein gestorben. Mann 1899 gestorben. Warum die Kinder alle umgebracht werden sollten? „Ich weiß nicht, was in mich gefahren ist, kein guter Geist auch nicht." Zuweilen wird ihr die Luft knapp, sie bekommt Herzklopfen, Herzangst. Dauer wenige Minuten. Häufig Kopfschmerzen. — Hat jetzt nachts oft alle ihre Kinder stehen sehen. Erst dunkel, dann heller, wie im Leben. Haben nicht zu ihr gesprochen. Pat. sagt, sie sei dabei wach gewesen. Pat. gibt anscheinend sehr ungern Auskunft, sitzt unruhig auf ihrem Stuhl, Hände gefaltet, bewegt den Oberkörper hin und her. Weinerliche, leise Stimme. Bittet den Arzt wiederholt, nicht so viel zu schreiben, das könne ihr schaden.

Status corpus: Kleine, sehr beleibte Frau. Lidspalten links weiter als rechts. Pupillen links weiter als rechts, rund. Licht- und Konvergenzreaktion +, Kornealreflex +, Augenbewegung frei; kein Nystagmus. Fundus o. B. Fazialis: linker Augenast schwächer als der rechte. Linker Mundwinkel hängt. Hypoglossus: Zunge weicht etwas nach links ab. Sensibilität: intakt. Kor. und Pulmo: o. B. Bauchreflexe +. Obere Extremitäten o. B. Untere Extremitäten: Patellarreflexe lebhaft, sonst o. B. Romberg: leichtes Schwanken. Gang o. B. Urin: Alb., Sacch. neg.

28. VIII. 1913. Pat. hat leidlich geschlafen. Behauptet, auch hier von den Leuten belästigt zu werden. Sie ständen draußen, eine große Menge, und unterhielten sich über sie. — Pat. gibt an, seit einigen Monaten vergeßlich geworden zu sein. Ihr Zustand habe mit Angst angefangen, daß man ihr etwas tun könne. Sie will gegen Unbekannte beleidigende Äußerungen gemacht haben. Die Angaben der Pat. sind unbestimmt, sie macht sie mit weinerlicher Stimme und äußerer Unruhe. Es sei ihr so irre im Kopf, habe hier auch schon Schwindelgefühl gehabt.

1. IX. 1913. Pat. schreckt nachts auf. Hört sprechen. Glaubt, daß die Leute über sie herziehen. 4. IX. Pat. sitzt meist traurig im Bett. 10. IX. Unverändert. 15. IX. Der Gesichtsausdruck ist erheblich freier. Pat. ist freundlich, lacht zuweilen, zeigt deutliche Spuren von Krankheitseinsicht. Die Sprache ist noch leise, der Hemmungszustand deutlich ausgesprochen. 20. IX. Wenig Interesse für die Umgebung. Unterhält sich mit anderen Patienten gar nicht. Nahrungsaufnahme regelrecht. Schlaf ruhig. 25. IX. Gesichtsausdruck ist wieder gespannter. 6. X. Pat. ist freier, beschäftigt sich auf der Station. 14. X. Pat. hört noch die Leute reden. 18. X. Sehr wechselnde Stimmung, bald heiter-frei, bald niedergedrückt-

mürrisch. Weint ab und zu. 30. X. Pat. hört noch ab und zu eine Männerstimme ihr Worte zurufen, die sie nicht verstehen kann. Wünscht, entlassen zu werden. 12. XI. Pat. unterhält sich wenig, meist ruhig; beschäftigt sich auf der Station, keine Verstimmung. Hört ab und zu noch Stimmen: „Frau G. Es schadet nichts, das ist ihr gut." Weiß nicht, was damit gemeint ist, macht sich keine Gedanken darüber. 13. XI. Pat. wird ungeheilt nach Buch entlassen.

Buch. 14. XI. Hört Stimmen. Sie habe auch die Geister verstorbener Verwandten gesehen. 20. XI. Ruhig, freundlich und guter Stimmung, geordnet. 22. XI. Gebessert entlassen.

Katamnese: 2. X. 1928. Pat. sieht wie früher aus, sehr beleibt, macht einen etwas affektsteifen Eindruck. Nach ihrer Krankheit befragt, gibt sie an, daß diese Zeit aus ihrem Leben gestrichen sei. Das sei damals bald besser geworden, seitdem sie wieder ihrer Arbeit nachgegangen sei. Auf Drängen gibt sie zu, manches gesehen und Stimmen gehört zu haben. Glaubt, daß das Verfolgung von seiten ihres Mannes ist, der angeblich noch lebt (objektiv 30 Jahre tot). Näheres ist nicht in Erfahrung zu bringen. Sie lasse das links liegen und kümmere sich nicht darum. Einmal habe sie etwas gesehen, „wie ein großer weißer Sack, hätte ich es angesprochen, hätte es sich gemeldet". — 1925: Schlaganfall, rechte Seite gelähmt gewesen. Etwas schwerhörig geworden. Schlaf schlecht. Während der Wechseljahre häufig Schwindelanfälle gehabt, jetzt seltener. Gibt über alles nur zögernd, etwas mißtrauisch Auskunft. Somatisch: Pupillen, Reflexe o. B. Akzentuierter 2. Aortenton. T.-R. 190/80.

Gruppe 2.

Max F., Kaufmann, geb. 13. VII. 1865 (Fall 29), aufgenommen 14. VII. 1923. Pat. war stets ein heiterer und gefälliger Mensch. Als junger Mensch kurze Zeit an der Bühne, verstand er eine ganze Gesellschaft zu unterhalten; dabei immer nervös. Habe sich um alles gekümmert, auch was ihn nicht anging. 1893 nach Amerika ausgewandert. 1912 hier in ein Pelzgeschäft eingetreten, bis 1914 Teilhaber. Frühjahr 1915 Fahrstuhlunfall, bei dem er ein Bein verlor. Daran anschließend Prozeß von sechsjähriger Dauer. Alle Welt habe ihm zugeraten, wieder zu arbeiten, er sei jedoch nicht dazu gekommen, mit der Begründung, er sei zu schwach, sei zu mager geworden. Behauptete, hinter dem Prozeß ständen seine Kompagnons. Sie ständen mit den Dienstmädchen im Komplott. — Früher sei er ein gefälliger Mensch gewesen, sei jedoch als Aufschneider bekannt gewesen.

Angaben der Frau. Ref. kennt Pat. seit 1895, verheiratet seit 1897. Schon seit Oktober sei ihr Pat. aufgefallen, sei aufgeregter geworden, habe sich das Leben nehmen wollen, da er sehr unter der Teuerung gelitten habe. — Vor drei Wochen habe Ref. endgültig vermietet, da sei Pat. zusammengebrochen, habe geweint, gejammert, das ganze Haus würde weggenommen. Seit acht Tagen: er sei umgeben von Spionen. Gestern abend Selbstmordversuch.

16. VII. Pat. liegt mit geschlossenen Augen zu Bett, es gelingt nicht, mit ihm in Beziehungen zu treten. 19. VII. Etwas zugänglicher.

Status praesens: Mittelkräftiger Mann. Kein pathologischer Organbefund. Urin: Alb., leichte Trübung, Sacch. ++.

23. VII. Pat. liegt weiterhin meist mit geschlossenen Augen zu Bett, fährt sich verzweifelt durch die Haare: „Herr Doktor, wie können Sie dulden, daß schon seit Tagen hier Ermordungen und ähnliches um mich geschehen." 27. VII. In unverändert verzweifelter Stimmung. 20. VIII. Ruhiger. Keinen Drang mehr zu Selbstbeschädigungen. Nicht mehr so stark ausgesprochener Affekt wie anfangs, aber noch ausgesprochene Neigung, Situationen auf der Station wahnhaft-ängstlich zu mißdeuten. Er höre oft ohne Zusammenhang Worte wie: Mord, Raubmord, Einbruch. 24. VIII. Sehr ängstlich; meinte, er sei in so furchtbarer Erregung, man solle ihm doch sagen, was man mit ihm vorhabe. 29. VIII. Fragt ängstlich-zutraulich den Ref., ob er wirklich nicht heute zum Kurfürstendamm fortgeführt werden solle. Er glaube es selbst nicht recht, aber in seiner Angst drängten sich ihm immer wieder solche Gedanken auf. Betont mit starkem Affekt, er habe doch wissentlich nie etwas Unrechtes getan, und jetzt nenne man ihn Mörder. 5. IX. Die verschiedenen Vorgänge im Saal hält Pat. immer wieder gegen sich gerichtet. 6. IX. Zunehmend ängstlich. 17. IX. Starke Beschwerden am Kopf, am Beinstumpf, in der Hand: er habe die Überzeugung, daß da irgendein Strom sein müsse. 1. X. Vor einigen Tagen fing Pat. plötzlich bei der Visite wieder an, mit größter Gewalt den Kopf gegen die Wand zu schlagen. Pat. war dabei in stärkstem Angstaffekt. Gibt heute dazu an, die Verzweiflung sei plötzlich über ihn gekommen, er habe immerfort über sich reden hören, daß er gestohlen habe usw. 23. X. Zustand unverändert. 16. XI. Pat. ist in der letzten Zeit bedeutend freier. Es kommt nicht mehr zu stärkeren Affektausbrüchen. Ruft den Arzt häufig ans Bett, um Auskunft über die angeblichen Beschuldigungen zu bekommen. — Hat Umgang mit anderen Patienten, deklamiert gelegentlich Gedichte. Hält an seinen Wahnideen fest; starkes Mitteilungsbedürfnis. In der Wohnung seien Drähte gelegt worden. Dahinter stäken immer irgendwelche bösen Absichten. Pat. spricht sehr effektvoll, lebhaft und viel, sehr weitschweifig. Er verlange Klarheit. Wenn er strafbar sei, wolle er sich dem Richter stellen: krank sei er nicht. 23. XI. Hält an seinen Wahn- und Beziehungsideen fest. 28. XI. Urin: frei. 17. XII. Er fühle sich wohl, keine Verfolgungsideen mehr, hört keine Stimmen. Geordnet, nimmt Anteil an den Vorgängen auf der Station. Starkes Mitteilungsbedürfnis. Stimmungslage sehr gehoben, drängt hinaus. 7. I. 1924. Pat. spricht sehr lebhaft und wortreich, sehr gewandt, sehr höflich. Keine volle Kritik für seine früheren Wahnvorstellungen. Ausgesprochen hypomanisch. (Nach Bericht der Ehefrau ist das seine normale Stimmungslage.) Gebessert entlassen.

Gewichtskurve:	14. VII.	1. IX.	8. IX.	10. XI.	29. XII.
	50	47	43	50	57 kg.

2. IV. 1924. Pat. stellt sich wieder vor. Witzig, humorvoll, schlagfertig. Sucht die ganze Erkrankung psychologisch durch seine körperliche Behinderung durch den Beinstumpf und durch seine finanziellen Verluste zu erklären. Lehnt es ab, geisteskrank gewesen zu sein, man könne es doch höchstens „Nervenzusammenbruch" nennen. — Könne sich die „Ströme" gar nicht erklären. Er hätte furchtbare Qualen ausgestanden. Es müsse wohl krankhaft gewesen sein, wie die ganzen Unterstellungen, die er trotz seiner Schwerhörigkeit sehr deutlich gehört habe. Er komme

aber nur durch „Überlegung" dazu, das als Sinnestäuschung anzuerkennen, denn es sei zu überzeugend und deutlich gewesen.

Sehr mitteilsam, gewandt. Leicht hypomanisch.

Nach Amerika verzogen am 28. IX. 1926.

Gruppe 3.

Alfons R., Bürohilfsarbeiter, geb. 18. III. 1881 (Fall 22), aufgenommen 12. VII. 1921. 12. VII. Gibt an, wegen Halsschmerzen in der Klinik zu sein. „Damit die Menschheit bewahrt werde", wolle er alles sagen. Er habe in einem Restaurant am Alexanderplatz Kunnilingus gemacht. Jetzt sei er gefährlich geschlechtskrank. „Geben Sie mir Ihr ärztliches Ehrenwort, daß Sie mir alles sagen." Seine Zunge ist eitrig belegt. — Zunge o. B. — Ist sehr mißtrauisch. „Wenn ich unter normalen Verhältnissen krank wäre, würden Sie sich nicht alles von mir gefallen lassen." Gibt über seinen früheren Lebenswandel an: er sei früher Betriebsinspektor gewesen. Im Felde als Feldwebelleutnant E. K. I. Kl. Im Kriege seien seine Nerven kaputt gegangen. „Ich werde nicht wieder gesund."

Angaben der Frau: War immer recht vernünftig, kam über unangenehme Dinge gut hinweg. War immer ruhig, nie besonders aufgeregt. Ref. bemerkte in den letzten Jahren vor dem Kriege, daß er manchmal eigenartige Ansichten äußerte; z. B. als seine Frau ihm einmal von fremden Leuten erzählte, sagte er — nicht etwa im Scherz —: „Pump sie doch mal an." — Seit dem Kriege häufig aufgeregt, beschimpfte die Kinder ohne Grund. Bis zum 21. V. 1921 kam er seiner Arbeit gut nach. An diesem Tage waren sie auf einem Vergnügen. Ref. bemerkte, daß Pat. sehr aufgeregt war. Paßte auf seine Frau auf, tat, als wenn er eifersüchtig sei. Äußerte, eine Maus sei ihm über den Kopf gelaufen. Trug einen Tisch, den er benötigte, allein durch den Saal. Am gleichen Abend äußerte er Halsschmerzen. Der Arzt äußerte, er habe fieberhafte Mandelentzündung. Später meinte Pat., die Halsschmerzen rührten von einer syphilitischen Ansteckung her; ging von dieser Idee nicht mehr ab. Am 29. VI. 1921 kam er in ein Sanatorium. Auffallend schnelles Abgehen von seinen Ideen. Lief fort, kam abends nach Hause, äußerte, er habe zu viel gesündigt, er wolle sich das Leben nehmen. — Am 8. VII. wieder ins Sanatorium, bis gestern. Wurde ausfällig. — Heute früh fiel er plötzlich um, bald darauf ein zweites Mal. Keine Bewußtloßigkeit. — Seit Mai bemerkt Ref., daß Pat. in der Kleidung und beim Essen gleichgültiger ist. Läßt das Essen über die Kleidung laufen. Ungenierter, zieht das Hemd vor seinen Kindern aus. Die Sprache ist undeutlicher. Zunehmende Reizbarkeit. In seinen Reden ist er gänzlich ungeniert, auch fremden Leuten gegenüber.

Körperlicher Status: Sehr kräftiger Mann in gutem Ernährungszustande. Gesichtszüge etwas schlaff. Gesunde Gesichtsfarbe, etwas speckig glänzend. Kein pathologischer Befund der Organe und des Nervensystems.

13. VII. „Versichern Sie mir auf Ehre, daß ich richtig behandelt werde?" Er habe seine Frau und Kinder luetisch infiziert, sich gegen sie versündigt. 17. VII. Ängstlich, mißtrauisch. „Können Sie mir versichern, daß ich nicht zerschnitten werde?" Bezeichnet seine Bettnachbarn als Aufpasser, die seinetwegen hierher gelegt seien. 20. VII. Stark erregt, ängst-

lich. Er habe ein Verbrechen begangen. Horcht ängstlich auf jedes Geräusch. Er sei hierher geschafft, damit er nicht die Vorbereitungen zu seinem Tode sehe. Er gehöre nicht in die Nervenanstalt, er habe doch eine Lues, es sei unverantwortlich, ihn hier festzuhalten. 21. VII. Unverändert, bringt immer wieder dieselben Befürchtungen und Anschuldigungen hervor: Der Arzt möge dafür sorgen, daß er nicht abgeschlachtet würde. 28. VII. Unverändert. Bezieht jedes Geräusch, jede Handlung auf sich. 3. IX. Pat. sagt, er sei wieder ganz in Ordnung; will sich gar nicht mehr an die erste Zeit seines Aufenthalts erinnern; überhaupt liege ihm die ganze Zeit seiner Erkrankung nur im Umriß vor. Von einer syphilitischen Infektion könne bei ihm gar nicht die Rede sein. Sitzt aufrecht auf seinem Stuhl, sieht vor sich hin. Antwortet präzis. Bleibt gut beim Thema, hält sich an die gestellten Fragen. Macht dauernd einen innerlich aufgeregten Eindruck, als ob er seine Aufregung nicht zeigen wollte, auch scheinbar mißtrauisch.

5. IX. Pat. hat keinerlei Versündigungsideen, keine Angstvorstellungen mehr. Gut orientiert. Entsinnt sich seiner Wahnideen nicht mehr. „Ich begreife nicht, daß ich so etwas gesagt haben kann." Pat ist die Erzählung seiner Wahnvorstellungen sichtlich unangenehm. Es ist möglich, daß er absichtlich vorgibt, sich an Einzelheiten nicht zu erinnern, weil er glaubt, auf diese Weise den Eindruck des Gesunden zu machen. Erinnerung für die Daten vor der Krankheit (Fest am 21. V., Sanatoriumsaufenthalt usw.) gut. 29. IX. Geheilt entlassen.

Gewichtskurve: 12. VII. 30. VII. 20. VIII. 10. IX. 24. IX. — 22. VII. 28
79 70 68 68 72 kg — 98 kg.

Katamnese: 22. VI. 1928. Erinnert sich angeblich an alles, was in den Akten steht. Weiß seine damaligen Wahnideen bezügl. der Syphilis anzugeben. Glaubt, damals alles, was um ihn vorging, richtig verstanden zu haben. Nur habe er aus innerer Unruhe und aus einem unerklärlichen Zwang heraus immer etwas anderes sagen müssen. Erinnert sich auch, wie er aus dem Sanatorium 38 km weggelaufen sei, ohne müde zu werden. Nach seiner Entlassung habe er noch eine gewisse Schlappheit gefühlt und zeitweise Augenflimmern, dann erschienen ihm alle Buchstaben ganz groß und verwaschen. War nach etwa einem halben Jahr später schlaflos. Nach einem weiteren halben Jahre habe er sein Examen zum Obersteuersekretär mit Gut bestanden. Er sei seit damals nie mehr krank gewesen, habe auch keinerlei Beschwerden und fühle sich sehr kräftig, nur müsse er jede Nacht ein- bis zweimal zum Urinieren aufstehen. Dies habe er schon über 30 Jahre, sogar im Felde habe er sein Nachtgeschirr mitgehabt. Die Leute meinten, er sei nach seiner Krankheit ruhiger geworden; er sei aber immer ruhig gewesen, nur sei er stets für das Recht eingetreten, ganz gleich, ob das ein Ministerialrat oder sonstwer sei. Im Felde habe er dem Major Feigheit vorgeworfen, weil er nicht nach vorn ging. Geht jedes Jahr auf fünf Wochen an die See und fühlt sich nur, wenn sehr viel Arbeit vorliegt, sehr angestrengt. Sieht sehr wohl aus, geringer Tremor der Hände, Kopf stark gerötet (der Arzt sage, er habe zu wenig Pigment).

V.

Wernicke versuchte die Angstpsychose aus dem Primärsymptom der Angst und den daraus resultierenden Sekundärerscheinungen sozusagen als monosymptomatische Psychose zu erklären. Wir finden bei ihm selbst nichts darüber, wie er sich die primäre Entstehung der Angst dachte. *Forster* jedoch meint: „*Wernicke* durfte zweifellos annehmen, daß es auch einen spezifischen Krankheitsprozeß gibt, der eben die Eigenartigkeit besitzt, sich vorwiegend in denjenigen Gehirnteilen anzusiedeln, durch deren Erkrankung die Angstpsychose hervorgerufen wird." Mag dies nun die Ansicht *Wernicke*s zutreffend charakterisieren oder nicht, es ist — methodisch betrachtet — eine Möglichkeit der Angstentstehung. Seither ist das Problem jedoch nicht mehr von dieser Seite aus angefaßt worden. Vielmehr findet sich überall die Angst als etwas Sekundäres geschildert, wobei als primäre Verursachung verschiedenstes angesehen wird: Erinnerungsbilder des Schmerzsinnes (*Forster*), Schreck bzw. Vorstellung drohender Gefahr (*Kretschmer* [21], *Leyser* [22]), Erschwerung der Sauerstoffatmung der Gewebe (*Bleuler* [23]), Verdrängung der Libido (*Freud* [24]). *Jaspers* (25) faßt die Angst als inhaltloses und gegenstandsloses Gefühl auf. Andere Autoren vermerken nur das jeweilige Vorkommen, und zwar bei organischen Herzkrankheiten, noch viel öfter aber bei Herzneurosen, bei jeder Behinderung der Atmung (z. B. Asthma bronchiale) usw. Der Versuch, methodisch dem Problem der „Angst" entsprechend den eben genannten, so sehr verschiedenen Gesichtspunkten nachzuspüren, würde weit über den Rahmen dieser Arbeit hinausführen. Ich möchte deswegen nur resümierend bemerken, daß wir heute noch nichts Einheitliches über die Entstehung der Angst wissen. Deswegen halte ich auch den Versuch von *Specht*, so viel von den Sekundärerscheinungen, wie wir normalerweise bei dem Angsteffekt finden, auch auf Kosten der Angst bei der Angstpsychose zu setzen, was darüber hinausgeht aber den manisch-melancholischen Symptomen zuzurechnen, für nicht möglich. Solange wir nichts Bestimmtes über die Angst und ihre Verbindung mit anderen Symptomen wissen, müssen wir uns mit der rein klinischen Tatsache bescheiden, die von Psychiatern und Internisten immer wieder übereinstimmend geschildert wurde, daß Patienten in der Involution eine Charakterveränderung nach der ängstlich-depres-

siven Seite hin durchmachen. Ich möchte hier nur die Formulierung *Birnbaums* anführen: „Für den involutiven Alterstyp erscheint die herabgesetzte Aktivität der psychischen Funktion sowie die Selbstempfindung der einsetzenden seelischen und körperlichen Insuffizienz als Gestaltungsfaktor für depressive und hypochondrische Syndrome, zumal solche mit dem Einschlag von Angst und ängstlicher Rat- und Hilflosigkeit wirksam. Für einen ausgeprägten Angsteinschlag wird man allerdings nicht sowohl ein psychisch-involutives Element als ein physisches: die regressive Hirnveränderung selbst in Anspruch nehmen müssen." Meiner Ansicht nach deckt sich dies tatsächlich mit dem, was wir immer wieder bei den Angstpsychosen beobachten. Damit wäre aber gleichzeitig die bei *Forster* verneinte Frage bejahend beantwortet, nämlich daß es doch immer die gleichen Angstvorstellungen sind, denen wir allerdings bei einem intensiver gesichteten Material als dem *Forsters* — begegnen. Ich halte es somit für möglich, rein klinisch zwischen Angst und Angst zu unterscheiden. Wie der interne Kliniker das eine Mal ein systolisches Geräusch über der Aorta für die Diagnose eines Aneurysmas verwertet, das andere Mal es für rein funktionell ansieht, so ist es Aufgabe des Psychiaters, die verschiedenen psychopathologischen Symptome im jeweiligen Zusammenhang different zu bewerten. Was für eine Bedeutung das Reservat *bestimmter* Angstvorstellung für die theoretische Auffassung der Angstpsychose hat, darauf komme ich noch später zurück.

Ist es schon unmöglich, mit Hilfe der Ausdeutung der Symptome die Angstpsychose dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen, so erst recht, wenn man die übrigen diagnostischen Kennzeichen einer Depression oder eines Mischzustandes dieser Krankheitsgruppe mit denen der Angstpsychose vergleicht. Wir finden bei keinem unserer Patienten in der Heredität weder eine periodisch ablaufende Psychose noch eine typische Manie oder Depression. Überhaupt ist die psychopathische Belastung von seiten der Eltern im Verhältnis zu den Statistiken des manisch-depressiven Irreseins eine unverhältnismäßig niedrige. Wir finden prozentual ausgerechnet bei 20% Erkrankten eine Psychopathie der Eltern. Diese Häufigkeit dürfte sich bei genauer Anamnese aber für jede Art von Geisteskrankheiten nachweisen lassen. Es ist also nichts daraus für die Zugehörigkeit unserer Kranken zu einem bestimmten Erbkreis zu schließen. Wir

können die Tatsache nur im Sinne der Veranlagung verwerten, womit nicht viel gewonnen ist, denn daß abnorme Veranlagung Voraussetzung fast jedes psychotisch erkrankenden Individuums ist, wird wohl allgemein anerkannt. Dafür spricht weiter die anamnestisch nachgewiesene Häufigkeit der Psycholabilität in der präpsychotischen Zeit. Unter „Psycholabilität" verstehe ich nicht etwa eine bestimmt umgrenzte Form psychischer Veranlagung, sondern es sind darunter charakterologische Affektschwankungen verschiedenster Art zu verstehen. Vielleicht ließen sich auch hier bestimmte Gruppen feststellen und insbesondere gegen das konstitutionell zyklische Temperament abgrenzen. Dies kann aber nicht durch katamnestische Erhebungen geschehen, und so möchte ich nur einige Beispiele psycholabiler Veranlagung aus dem Wortlaut der Krankengeschichten anführen.

Weiterhin spricht gegen die Zugehörigkeit die fehlende Periodizität. Dies wäre unwesentlich, wenn sie sich in einem Teil der Fälle hätte nachweisen lassen. Denn auch bei sicheren Depressionen des manisch-depressiven Irreseins ist sie nicht stets da. Aber keiner unserer Fälle zeigt einen periodischen Verlauf. Bei den wenigen Fällen, die früher schon eine Psychose durchgemacht haben, handelt es sich zweimal um durch Alkoholabusus und Arteriosklerose komplizierte Psychosen, in einem Falle handelt es sich um einen Verwirrtheitszustand während des Klimakteriums, während lediglich zwei Fälle an rezidivierende Depressionen denken lassen. Immerhin soll nicht geleugnet werden, daß manche Fälle eine innige Beziehung zum manisch-depressiven Irresein aufweisen. Es finden sich in meinem Material sechs Fälle, deren Symptomgliederung diese als zugehörig zu jener Krankheitsgruppe erweisen.

Die Patienten werden als gesellig — lustig und fidel — sehr pflichteifrig — sonderlich — von jeher nervös — herrschsüchtig — zänkisch — unruhig — sich leicht ärgernd — pessimistisch und mißtrauisch — leicht erregbar — dann auch als ernst — sehr still und schwerfällig — religiös — viel mit Erfindungen beschäftigt — entschlußlos und unzuverlässig usw. geschildert.

Ich möchte nur, da ja auch das manisch-depressive Irresein in seiner Entstehung vorläufig keineswegs vollkommen geklärt ist, ein Aufgehen der Angstpsychose in dieser Gruppe verhüten. Daß es aber Übergänge gibt zwischen den vorwiegend auf arteriosklerotischen Prozessen beruhenden Melancholien und den

Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins, unterliegt keinem Zweifel. Aber für die jeweilige Individualpsychose scheint das Quantitätsprinzip ausschlaggebend zu sein: manisch-depressive Veranlagung plus Altersveränderung ergibt eine angstpsychotische Depression mit günstiger Prognose (von den fünf männlichen Fällen der Gruppe 2 sind vier gesund geworden), psycholabile Veranlagung plus starker regressiver Veränderung macht das Bild der Angstpsychose. Dies scheint mir auf eine Formel gebracht der Sachverhalt zu sein. Und weil es sich bei der Angstpsychose demnach um eine hochstruktuierte Geisteskrankheit handelt, sehe ich die Diagnose „manisch-depressives Irresein" als unzureichend an. Sie ist eindimensional statt mehrdimensional, wie es die Tatsachen erfordern.

Schwieriger liegt die Entscheidung über die Bedeutung der Arteriosklerose für die Pathogenese der Angstpsychose. Wir verstehen ja unter Arteriosklerose nur einen gewissen Zustand — krankhafte Veränderung — der Gefäße, der aber wahrscheinlich mehrere Ätiologien hat. So ist ja auch nur die verschiedene Lokalisation zu erklären. Beispielsweise starke Mediasklerose der peripheren Gefäße bei nur geringer Sklerose der Aorta. Wir finden dann im Sektionsprotokoll, da die peripheren Gefäße oft nicht nachgesehen werden, meist nur verzeichnet: geringe sklerotische Flecken der Aorta. Also eine im Sektionsprotokoll nicht vermerkte Arteriosklerose ist noch bei weitem nicht identisch mit dem Nichtvorhandensein. Ebensowenig kann man mit der Angabe der Sklerose der Basalgefäße anfangen, denn über die funktionell ausreichende Blutversorgung erhalten wir dadurch keinen Aufschluß. Rein logisch aus der Basalsklerose auch auf eine Verkalkung der Endarterien zu schließen, kann das Richtige treffen — es kann aber auch umgekehrt sein. Und wir müssen es aus Erfahrungen an anderen Organen (Nieren, Pankreas) durchaus für möglich halten, daß wir gerade bei einer Sklerose der kleinsten Arteriolen den stärksten funktionellen Ausfall sehen. Hinzu kommt noch, daß wahrscheinlich die rein degenerativ-regressiven Veränderungen des Gehirns gleichsinnig wirken. Wir erkennen diese aber makroskopisch nicht. Gleich wenig wissen wir über die Bedeutung der chronischen Hirnhäuteentzündungen für die Funktion. Die pathologische Anatomie läßt uns also im Stich, und wir müssen uns auch hier wiederum mit der klinischen Erfahrung bescheiden. Und da erscheint es wesentlich, gerade auf die Sym-

ptome zerebraler Arteriosklerose zu achten – Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, eventuell Erbrechen, schlechter Schlaf oder zuviel Schlaf in seltenen Fällen, allgemeine Charakterveränderungen, Reizbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, dann auf die schon mehr lokalisierten Symptome, wie Sprachstörungen, Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, ganz leichte Formen von Hemiplegie. Gerade die wenig intensive Schädigung scheint mir charakteristisch zu sein, denn wir haben Fälle von sicherer Arteriosklerose, die jahrelang nachher noch lebten. Es dürfte sich hier also um ganz langsame Prozesse, die auch wieder — was die Funktion anbetrifft — rückbildungsfähig sind, handeln. Hierdurch würde sich auch die Ähnlichkeit mit den senil-regressiven Veränderungen erklären. Für wenig wichtig halte ich dagegen den Nachweis einer sklerotischen Radialarterie, denn wir wissen doch nun einmal, daß schwerste Sklerosen bestimmter Gefäßbezirke auch ohne periphere Sklerosen vorkommen. Ich möchte für die hier entwickelten Ansichten einen Internisten zitieren. *Munk* (26) schreibt: „Bei anderen Kranken äußert sich der Zustand, der wiederum ohne jeden exakten Nachweis einer Gefäßerkrankung lediglich nach dem Gesamteindruck als arteriosklerotisch bezeichnet wird, in einer besonderen Änderung des Charakters. Abgesehen von der vom Patienten selbst empfundenen Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit treten in dem Charakterbild bisher fremde Züge hervor: Reizbarkeit, Rechthaberei, Engherzigkeit der Auffassung, Geiz, Witzelsucht und andere in ihrer Steigerung bis zur Psychose besonders dem Psychiater bekannte Erscheinungen." Auf Grund der klinischen Erfahrung halte ich es also für wahrscheinlich, daß gewisse – von der pathologischen Anatomie näher zu erforschende – arteriosklerotische bzw. regressive Hirnveränderungen pathologische Bedeutung für die Angstpsychose haben.

Zur Entscheidung der Frage: nosologische Einheit oder symptomatologisch gleiche Phase verschiedener Psychosen bleibt eine Auswertung des statistischen Materials übrig. Ich bin mir bewußt, daß man aus Statistiken gerade in biologischen Dingen alles herauslesen kann. Trotzdem aber halte ich es für möglich, bei Übereinstimmung vieler Faktoren für jeden einzelnen Fall im Gesamtresultat ein annähernd zutreffendes Bild von den wirklichen Verhältnissen zu geben. Von gleichen Faktoren ist da vor allem die oben beschriebene Gleichheit der Angstvor-

stellungen zu nennen. Ferner finden wir bei der Mehrheit der Patienten immer folgende Momente vereinigt: 1. worauf auch schon oben eingegangen wurde, eine psycholabile Veranlagung, 2. herrschen die Typen der heute als pyknisch bezeichneten Konstitution vor: mittelgroß, kräftig, manchmal auch klein, insbesondere bei Frauen. Bei den spärlichen Angaben ist dies allerdings nicht vollgültig zu entscheiden. Weiter herrscht Übereinstimmung in den schon geschilderten Zeichen chronisch-exogener Schädigungen. Über den Verlauf und die Dauer lassen sich nur annähernde Zahlen geben. Denn die Beobachtung draußen unterliegt keinen geschulten Kräften, und Anlaß zur Aufnahme in die Klinik gibt meist erst ein versuchtes Suizid, häufig werden die Patienten schon nach kurzer Zeit — obwohl ungeheilt — wieder abgeholt. Besonders wird dadurch die Statistik der weiblichen Patienten beeinflußt. Die Angaben über die Dauer entsprechen also auch mehr der klinischen Beobachtungszeit als der wirklichen Dauer, die sicher bedeutend länger ist — im Fall 26 sechs Jahre; derselbe lebt bei monotonem Symptomenbild heute noch. Immerhin läßt sich so viel sagen, daß meist vor dem akuten Ausbruch ein längeres monate- bis jahrelanges Vorstadium vorausgegangen ist, das durch langsame Wesensveränderung und besondere Auffälligkeiten des Patienten gekennzeichnet ist. Die eigentliche Psychose dauert dann wieder Monate bis Jahre, was meist von dem Kräftezustand des Patienten abhängt. Sehr häufig — in über 50% — ist ein ungünstiger Ausgang, wobei die Pneumonie — wahrscheinlich infolge der allgemeinen Schwäche des Organismus — als Todesursache das Hauptkontingent stellt. Einen Anhaltspunkt für die Prognose bietet die Gewichtskurve: Patienten, die an Gewicht abnahmen, kamen bis auf drei sämtlich im Verlauf der Psychose ad exitum, während Patienten mit steigender Gewichtskurve meist ausheilten. An diese Gruppe 1 schließt sich als Unterabteilung die Gruppe 1 a an, für die oben das häufigere Auftreten hypochondrischer bzw. paranoischer Ideen als charakteristisch bezeichnet wurde. Es ist wohl keine Konstruktion, wenn ich annehme, daß es sich hier um eine psychische Schicht von Vorstellungen handelt, die bei den betreffenden Patienten schon immer da waren und nur durch die Psychose stärker und phantastischer in die Erscheinung traten. Darauf deuten die anamnestisch nachgewiesenen, oft schon jahrelang zurückliegenden „neurasthenischen" Beschwerden. Zwei Patienten: viel

Magenbeschwerden, ein anderer wurde sogar wegen Atonie und Dilatation operiert! Für den Beginn der Psychose — nämlich das akute Einsetzen — sind häufig äußere Anlässe vorhanden: In einem Fall beispielsweise Anmeldung des Konkurses, in einem anderen Änderung der Dienststellung. Ausnahmen von diesem in Stichworten entworfenen Bild der „Angstpsychose" bieten die Fälle der Gruppe 3. Fall 7 zeigt einen besonderen Verlauf und der Sektionsbefund läßt an eine besondere Hirnerkrankung denken; ähnlich liegt Fall 21, während Fall 22 gänzlich unklar ist (vielleicht schizophrener Schub, Zwangssymptome in der Anamnese!). In allen drei Fällen ist auch das Alter nicht übereinstimmend mit dem für die Angstpsychose typischen, nämlich 44, 44, 40 Jahre. Bei einem Fall handelt es sich um eine symptomatische Psychose bei perniziöser Anämie. Drei Fälle sind infolge zu kurzer Beobachtung und Unmöglichkeit persönlicher Nachuntersuchung nicht zu klären.

Als Endergebnis bleibt demnach, daß es Psychosen gibt, die bei Männern meist im Alter von 50 bis 60 Jahren, bei Frauen zwischen 45 bis 65 Jahren auftreten, die symptomatisch im wesentlichen der von *Wernicke* geschilderten Angstpsychose entsprechen, bei denen sich fast stets chronisch-exogene Schädlichkeiten anamnestisch wie symptomatisch nachweisen lassen, die ähnlichen Verlauf zeigen und im allgemeinen eine ungünstige Prognose bieten.

Dabei gibt es zwei Grenzgebiete, einmal das manisch-depressive Irresein, das ganz ähnliche Krankheitsbilder im höheren Alter macht, wobei dann aber dem Alter — wenn man so will — nur pathoplastische Wirksamkeit beizumessen ist. Das andere Grenzgebiet wird durch angstpsychotische Geisteskrankheiten, die bei anderen Grundleiden auftreten, gebildet. Ich möchte somit die Angstpsychose als hochstrukturiert auffassen. Ihr Zustandekommen und damit ihre Ätiologie durch eine schematische Einteilung in pathogenetische, pathoplastische usw. Faktoren zu erweisen, erscheint mir verfrüht. Es ist vielmehr für jeden Individualfall immer wieder der Anteil des einzelnen Faktors klinisch wertend zu erklären, um zu einer möglichst gesicherten Prognose und Therapie zu kommen.

VI. Schlußbemerkung.

Es bleibt also als Ergebnis, daß es typische „Angstpsychosen" gibt mit besonderer Struktur und besonderem Verlauf, was

Entwicklung, Dauer und Prognose anbetrifft, wie sie in den Krankengeschichten der ersten beiden Gruppen geschildert sind. Ob es sich bei diesen Psychosen um eine nosologische Einheit handelt, läßt sich vorläufig nicht entscheiden. Der genügenden terminologischen Genauigkeit wegen wäre es dann aber angezeigt, bei der Gruppe 3 von Depressionen des manisch-depressiven Irreseins mit angstpsychotischem Einschlag zu sprechen, während man die Fälle der Gruppe 4 als symptomatische Angstpsychosen bei verschiedenen — diagnostisch erfaßbaren oder unklaren — Grundleiden bezeichnen müßte. Hierher würden auch die oben erwähnten, neuerdings bei Hirntumor beschriebenen Psychosen gehören.

Literatur.

1. *Forster, Edm.*, Die klinische Stellung der Angstpsychose. Berlin 1910. S. Karger. — 2. *Wernicke*, Allg. Ztschr. f. Psych., 51. Bd., 1895. — 3. *Wernicke*, Grundr. d. Psychiatrie, 1. Aufl., 1900. — 4. *Gaupp, R.*, Die Depressionszustände d. höh. Lebensalters. M. m. W. 1905. — 5. *Kölpin*, Klin. Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. 1905. — 6. *Specht*, Über den Angstaffekt i. man.-depr. Irresein. Zentralbl. 1907. — 7. *Specht*, Über die Struktur u. klin. Analyse der Melancholie. — 8. *Thalbitzer*, Melancholie und Depression. — 9. *Dreyfus, G. K.*, Die Melancholie. — 10. *Kraepelin*, Psychiatrie, 3. Aufl., 1910. — 11. *Lange-Kraepelin*, Allg. Psychiatrie. 9. Aufl. — 12. *Bumke*, Lehrb. d. Geisteskrankheiten, 2. Aufl. — 13. *Benon*, La Mélancholie. — 14. *Seelert*, Verbindung endog. u. exog. Fakt. im Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen. Abhandlg. z. Neur., Psych. u. Psychol., Nr. 6. — 15. *Bonhoeffer*, Die exogenen Reaktionstypen. — 16. *Krisch*, Die sympt. Psychosen u. i. Differentialdiagnose. Abhandlg. z. Neur., Psych. und Psychol. — 17. *Rehm*, Das manisch-melancholische Irresein. Abhandlg. z. Neur., Psych. u. Psychol. — 18. *Birnbaum*, Der Aufbau der Psychose, 1923. — 19. *Binswanger*, Lehrb. d. Psychiatrie, 1915. — 20. *Pfeifer*, in *Bumke*, Handb. d. Psychiatrie, 1928. — 21. *Kretschmer*, Medizin. Psychologie. — 22. *Leyser*, Herzkrankh. u. Psychosen. Berlin 1924. S. Karger. — 23. *Bleuler*, Lehrbuch, 1920. — 24. *Freud*, Vorles. z. Einf. i. d. Psychoanalyse. — 25. *Jaspers*, Allg. Psychopathologie. — 26. *Munk*, Zentralbl. f. d. ges. Neur.. u. Psych., 1925.

Lebenslauf.

Ich, Fritz Rawak, wurde am 29. 9. 1905 als Sohn des Kaufmanns Isidor Rawak und seiner Ehefrau Eva geboren. Nach Abschluß meiner Schulzeit mit dem Abiturium: Ostern 1924 — widmete ich mich dem Studium der Medizin. Nach fünfjährigem Studium an den Universitäten Heidelberg, Wien und Berlin bestand ich im Mai 1929 das ärztliche Staatsexamen. Danach war ich ein Halbjahr als Praktikant an der inneren Abteilung des Krankenhauses am Friedrichshain (Berlin) und ein Halbjahr an der Nervenabteilung des Krankenhauses St. Georg (Hamburg) tätig.